

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 103

Du Traitement des Strumites suppurées

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Julien CITRON

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

né à LYON (Rhône) le 4 Mai 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

DU TRAITEMENT
DES STRUMITES SUPPURÉES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 103

Du Traitement des Strumites suppurées

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Mai 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jullen CITRON

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Interne sup. des Hôpitaux de Saint-Etienne

né à LYON (Rhône) le 4 Mai 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-46

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNEQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinales.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie.....	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie.....	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène.....	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie.....	COURMONT (P.).
	X.
	PIC.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie.....	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie.....	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, président ; TIXIER, assesseur ;
BONNET et DUNET J., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

Dans les Hôpitaux de Lyon :

MM. LES DOCTEURS :

**DEVIC, VILLARD, GALLAVARDIN, TIXIER,
PATEL, GOYET, BONNAMOUR**

Dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :

MM. LES DOCTEURS :

**ARNAUD, MULLER, VIANNAY, BÉRARD,
LAURENT, BEUTTER**

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUNET

En remerciement des précieux conseils
qu'il nous a donnés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIANNAY

Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui a bien voulu nous guider
de sa longue expérience chirurgicale
dans la rédaction de ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Qui nous a fait l'honneur de présider
notre Jury de thèse et qui nous a puis-
samment aidé de ses conseils.

AUX MEMBRES DE MON JURY

DU TRAITEMENT DES STRUMITES SUPPURÉES

Introduction.

La strumite (du latin, struma = goitre) consiste dans l'inflammation d'un goitre.

Alors que le goitre est connu depuis la plus haute antiquité, qu'il est décrit par Aristote, Galien, Celse, Pline, Paul d'Egine et même par Hippocrate, s'il faut en croire Saint-Lager, l'inflammation du goitre, complication pourtant grave et non exceptionnelle, n'a pas attiré l'attention des médecins avant le ^{xviii}^e siècle. Marc-Aurèle Séverin publia le premier mémoire en 1643, suivi en 1712 par Manchart et en 1774 par J.-L. Petit qui rapporta entre autres une observation concernant sa femme et dont il avait colligé les détails pendant vingt-cinq ans.

Depuis cette époque, la question des strumites a suscité d'innombrables recherches qu'il nous est impossible de citer ici et nous nous bornerons seulement à nommer ceux qui ont apporté à cette étude la plus large contribution. A l'étranger, il faut citer les travaux de Lebert, de Wölfler, de Kümmer et Tavel, de

Liebermeister, de Kocher et de de Quervain. En France la question a été étudiée à Paris surtout par Jeanselme et par Roger et Garnier, mais c'est principalement l'école lyonnaise qui, en cette matière comme en tout ce qui concerne le goitre, a mérité le premier rang. Il convient de faire une place toute spéciale aux travaux du Professeur Bérard et aux importantes et nombreuses communications de MM. Jaboulay, Poncet, Delore, Patel, Viannay, Chalier. Enfin, nous devons signaler que de nombreuses thèses sont venues apporter leur contribution à cette étude.

Telle que nous l'avons définie plus haut, *la strumite s'oppose à la thyroïdite, c'est-à-dire à l'inflammation évoluant sur une glande thyroïde antérieurement saine*; à ce propos on peut s'étonner que la plupart des auteurs aient confondu et confondent encore en une seule étude d'ensemble ces deux affections et que l'on parle encore fréquemment de thyroïdite alors que l'infection s'est greffée sur une glande thyroïde manifestement goitreuse.

En effet, la thyroïdite est relativement rare. En général, elle évolue sans symptômes graves et sans aboutir à la suppuration. Elle guérit spontanément ou par simple traitement médical et ne laisse ordinairement pas de séquelles.

La strumite offre des caractères diamétralement opposés. Elle est beaucoup plus fréquente, s'accompagne de symptômes graves motivant parfois l'intervention d'urgence et aboutit presque invariablement à la suppuration. Elle nécessite enfin une intervention chirurgicale aussi précoce et aussi complète que possi-

ble si l'on veut se mettre à l'abri de redoutables complications.

Nous ne pouvons pas dans ce modeste travail envisager la question des strumites dans toute son ampleur; nous laisserons donc délibérément de côté d'une part les strumites non suppurées, exceptionnelles, et d'autre part les strumites chroniques, particulièrement les formes ligneuses dont la pathogénie est très discutée à l'heure actuelle (1). *Nous nous bornons à étudier ici les divers modes de traitement des strumites suppurées*, leurs indications et leurs avantages respectifs, en appuyant nos dires sur vingt observations; il nous aurait été facile d'en réunir un très grand nombre: il nous a paru préférable de rapporter seulement quelques exemples typiques des cas le plus fréquemment observés.

Toutefois, avant d'entamer le traitement des strumites, il nous a paru indispensable de rappeler en deux courts chapitres les caractères anatomiques et cliniques qui sont à la base même du traitement.

(1) M. Lecène, in thèse de Monod, Paris 1923.

Rappel anatomo-pathologique.

On sait depuis longtemps que *l'existence d'un goitre dans une glande thyroïde la prédispose considérablement à l'inflammation*. Cependant, si l'infection peut se greffer sur tous les adénomes thyroïdiens, elle se localise de façon élective sur certaines variétés : respectant au maximum les goitres jeunes et parenchymateux, *elle frappe surtout les goitres anciens et kystiques* dont les éléments ont été atteints gravement dans leur vitalité et où les réactions de défense se trouvent par avance paralysées.

Signalons, en passant, que l'infection peut atteindre aussi, en dehors de toute érosion cutanée, les goitres malins, principalement les formes aiguës et à type inflammatoire qu'on rencontre chez les jeunes. Poncet, dans la thèse de Bertrand, en a rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'intervention mit en évidence la présence de pus. Nous en rapportons ici un cas inédit (observation IX).

La strumite se présente ordinairement sous la forme d'un goitre nodulaire suppuré, d'une *poche purulente*

encapsulée, généralement unique, développée aux dépens d'un des lobes thyroïdiens et dont le *volume* varie d'une noisette à une tête de fœtus.

La coque de cet abcès est épaisse, fibreuse, souvent dure et calcifiée, parfois tapissée intérieurement de végétations, ou subdivisée en plusieurs loges secondaires. Dans les cas, très fréquents d'après M. Bérard, où des hémorragies intrakystiques répétées ont donné lieu à une *hématocèle thyroïdienne* qui s'infecte secondairement, les parois sont doublées à leur intérieur, comme dans l'hématocèle vaginale, par des couches pluristratifiées dont les plus centrales sont encore fibrineuses et les plus excentriques, plus anciennes, déjà en voie d'organisation conjonctive. Quel que soit d'ailleurs l'aspect de cette coque, on est frappé de *l'insuffisance de sa vascularisation* et du faible calibre des rares capillaires venus de la glande, au point que ce noyau thyroïdien semble en quelque sorte avoir perdu droit de cité dans la glande qui lui a donné naissance.

Le contenu de cette coque est tantôt louche, tantôt franchement purulent selon l'état antérieur du kyste et selon l'infection causale. Le pus est bien lié dans les abcès à staphylocoques ; séreux pour le streptocoque ; verdâtre, épais et glaireux pour le pneumocoque ; il prend dans les hématocèles infectées une couleur brun chocolat.

Il existe une *infiltration œdémateuse* tout autour de l'abcès et une congestion veineuse intense de la glande thyroïde, particulièrement au voisinage du noyau infecté. Dans le cas où la suppuration est très an-

cienne, surtout si elle se complique de fistules, le bloc de strumite est relié à tous les organes voisins par de solides *adhérences* qui rendront son extirpation très laborieuse (obs. XVIII).

Quant aux *altérations des organes voisins*, principalement de la trachée, de l'œsophage, du récurrent, du paquet vasculo-nerveux et du sympathique, elles ne diffèrent de celles observées dans les adénomes thyroïdiens simples que par l'intensité plus grande qu'elles acquièrent du fait de la congestion inflammatoire surajoutée et de l'augmentation de volume brusque du goitre enflammé.

L'examen microscopique ne montre que des *lésions inflammatoires banales*, venant altérer la structure de l'adénome thyroïdien.

Rappel clinique.

Broca a dit que, lorsqu'on envisage la pathologie thyroïdienne, on la voit graviter toute entière autour du goitre. La strumite est donc relativement fréquente dans les régions goitrigènes, car *le goitre constitue un point de moindre résistance dans lequel l'infection trouve le terrain tout préparé*. A ce propos, M. Bérard estime qu'un grand nombre des observations présentées comme des thyroïdites suppurées étaient en réalité des strumites développées aux dépens d'un noyau thyroïdien jusque-là méconnu et que l'infection était venue révéler.

La strumite est une affection de *l'âge adulte* qui peut aussi se rencontrer chez le vieillard et même chez l'enfant.

On l'observe plus souvent chez la *femme* en raison de la plus grande fréquence chez elle du goitre et en raison des nombreuses congestions thyroïdiennes d'origine génitale et de l'infection puerpérale.

Elle est toujours *d'origine infectieuse*. Tantôt elle survient *au cours ou plutôt dans la convalescence*

*d'une maladie infectieuse connue : fièvre typhoïde, pneumonie, infection puerpérale, grippe, appendicite, fièvre éruptive, angine, infection dentaire (P^r Bérard), etc. Tantôt, au contraire, l'infection causale passe complètement inaperçue, malgré un interrogatoire minutieux : dans ces cas, l'examen bactériologique du pus, en montrant l'existence du *streptocoque*, du *staphylocoque*, du *bacille d'Eberth*, du *pneumocoque*, etc., peut révéler le coupable. Il est cependant des strumites tièdes ou à rechutes dans lesquelles le pus se montre stérile, les agents infectieux ayant été déjà phagocytés.*

L'infection se fait *par voie sanguine* : lorsque la maladie causale siège à proximité du corps thyroïde, elle peut se propager aussi par voie lymphatique.

Les symptômes de la strumite peuvent présenter *de grandes variations* dans leur intensité, leur groupement ou leur succession, créant ainsi de *nombreux types cliniques* ; nous nous bornerons à décrire ici les formes les plus courantes, la strumite aiguë et la strumite subaiguë ou à rechutes.

1. — Strumites aiguës.

Elle survient *chez un sujet qui présente depuis de longues années un goitre* généralement kystique et parfaitement toléré jusqu'à ce jour.

Son DÉBUT, succédant à une maladie infectieuse plus ou moins nette, est souvent brusque, marqué par un

frisson, DE LA FIÈVRE, des douleurs cervicales et des malaises divers.

Linflammation et l'augmentation soudaine de volume du goitre entraînent de graves SIGNES DE COMPRESSION : des douleurs sur le trajet du plexus cervical, de la dysphagie, de l'enrouement, de l'excitation du sympathique cervical, des céphalées avec vertiges et congestion de la face. Il est toutefois un signe de compression qui, par sa régularité et sa gravité, mérite une place à part : c'est la DYSPNÉE, plus ou moins marquée, tantôt continue, tantôt revêtant le caractère dramatique d'accès de suffocation. Lorsque l'inflammation évolue sur un goitre rétro-sternal, les signes de compression et principalement la dyspnée sont à leur maximum (obs. V et VII).

L'examen est généralement gêné par l'attitude du malade qui *immobilise sa tête en flexion* pour diminuer la douleur. On constate une *augmentation rapide du volume du goitre* habituellement limitée à l'un des lobes. Cette tuméfaction, solidaire du conduit laryngo-trachéal, soulève le sterno-cléido-mastoïdien, a des contours flous, se montre lisse, rénitente et douloureuse à la pression : elle s'accompagne de réaction ganglionnaire. Les plans superficiels sont tendus et indurés.

LA SUPPURATION, exceptionnelle dans les thyroïdites, est au contraire *de règle dans les strumites* et apparaît *au bout de quelques jours*. Elle se traduit par la *persistance de la fièvre* qui devient oscillante et par l'apparition, au niveau de la tumeur, de *signes inflammatoires* plus nets : tout en gardant leur rénitence, les

téguments deviennent un peu chauds et plus sensibles à la pression. Ils commencent surtout à s'empâter et à s'infiltrer progressivement d'un ŒDÈME qui doit être recherché avec soin et de jour en jour, car il constitue un signe certain de la suppuration profonde. Quant à la *fluctuation* vraie, elle est toujours tardive et souvent absente.

Abandonnée à elle-même, la suppuration se fait jour spontanément à la peau, entraînant des fistules souvent interminables et pouvant amener des complications que nous signalons plus loin.

2. — Strumites subaiguës.

Toutes les strumites n'ont pas cette allure aiguë et franche : un grand nombre ont une *évolution* plus prolongée et plus sournoise.

Dans certains cas, le processus inflammatoire est très atténué. De vieux goitres fibro-kystiques à centre mal irrigué et qui ne se défendent pas contre l'infection, peuvent devenir le siège d'une *nécrobiose* (P^r Bérard) et suppurer pour ainsi dire à froid. Ce sont ces goitres que les auteurs allemands ont appelé « athéromateux ».

Plus fréquente et plus intéressante est la STRUMITE A RECHUTES réalisée par L'HÉMATOCÈLE THYROIDIENNE SUPPURÉE. Cette variété, individualisée par M. Bérard, a été exposée dans la thèse de R. Garnier : il s'agit d'hémorragies infrakystiques successives donnant lieu

à une *hématocele thyroïdienne chronique qui s'infecte secondairement*.

Le caractère fondamental de cette forme est donc d'évoluer par *poussées successives* dont la dernière seulement aboutit à la suppuration franche.

Chez de tels malades, on constate un jour une augmentation soudaine du goitre qui devient tout d'un coup tendu, rénitent, entraînant de la dyspnée : rapidement tout rentre dans l'ordre et il ne persiste qu'une induration locale mal délimitée.

Plusieurs crises semblables se produisent à des intervalles variables. La *transformation purulente* de l'hématocele thyroïdienne est annoncée par l'apparition de la fièvre et par l'existence de signes d'inflammation et de compression locale.

En présence d'un pareil malade, le diagnostic reste souvent bien hésitant. S'agit-il d'un goitre kystique enflammé, d'une hématocele simple, d'une hématocele suppurée ou d'un cancer, surtout du cancer aigu et à allure inflammatoire qu'on observe chez les jeunes ? Les caractères distinctifs de ces diverses affections ne sont pas toujours aussi tranchés qu'on a bien voulu le dire et, d'ailleurs, il y a des cas complexes : le cancer peut apparaître après une ou plusieurs poussées inflammatoires et la suppuration peut s'établir à l'intérieur d'un goitre malin (obs. XI). Ces difficultés de diagnostic n'ont pas une grande portée pratique puisque, dans tous ces cas, il est indiqué d'intervenir à brève échéance : la question sera résolue au cours de l'intervention ou, si besoin est, grâce à l'examen histologique (obs. XI).

3. — Strumites gangréneuses.

Signalons en terminant une variété tout à fait *exceptionnelle* décrite pour la première fois par Lebert, désignée tantôt sous le nom de strumite gangréneuse tantôt sous celui de strumite disséquante et encore *très mal connue* actuellement.

En effet, les observations publiées jusqu'à ce jour sont très rares (7 cas de Lebert), de date ancienne et peu précises.

Voici seulement ce qu'on peut en dire à l'heure actuelle, d'après ces observations.

Il s'agit d'une affection *extrêmement rare*, constituée par une strumite et non par une thyroïdite, à *allure gangréneuse* et due à des *anaérobies*. Elle frappe surtout les cachectiques et les malades très affaiblis. Après un début brusque et bruyant, on voit apparaître très rapidement un *état septicémique grave avec adynamie*. Localement, la *peau* devient *livide et tachée de marbrures* : au-dessous d'elle, la palpation montre une rénitence accompagnée parfois de *crépitation gazeuse*. L'incision donne issue non à du pus franc mais à une *sérosité roussâtre et fétide*, mêlée de débris mortifiés qui tend à infiltrer au loin le tissu cellulaire du cou et de la région sterno-pectorale ; l'examen bactériologique de cette sérosité y met en

Malgré ce tableau alarmant et voisin de l'angine de évidence la présence d'anaérobies.

Ludwig, on est surpris d'apprendre que Lebert aurait noté 4 guérisons sur 7 cas.

Cette forme reste donc encore bien mal connue, faute d'observations récentes.

Complications des Strumites.

Au cours de la strumite on peut observer des *complications générales* qui relèvent probablement davantage de l'infection causale que de la strumite elle-même : abcès métastatiques à distance, broncho-pneumonie, néphrite aiguë (Jaboulay et Viannay, obs. XIV), etc.

Chez des sujets cachectiques, très affaiblis ou atteints d'une strumite rétro-sternale enclavée, Lebert, Wölfler, Fochier, R. Benett ont signalé des *morts par asphyxie ou par syncope cardiaque*.

Le retard ou l'insuffisance de l'évacuation de l'abcès peuvent, surtout dans les strumites rétro-sternales, entraîner des *migrations anormales du pus* : c'est alors qu'on observe la dénudation des organes de la loge cervicale moyenne, la perforation de la trachée (Kocher, Krishaber, Jeanselme), l'ulcération de l'œsophage (Schöninger, Eulenburg) ou des gros vaisseaux du cou (Lebert, Tailhefer, Lejars) et des fusées purulentes dans le médiastin (Bruns, Lebert).

Une fois l'orage passé, de nouvelles récidives peuvent se produire. La *fistule*, complication la plus fréquente, peut devenir à son tour le siège d'une infec-

tion secondaire qui rallume la fièvre et retentit gravement sur l'état général (obs. XVII). De plus, il persiste souvent au niveau du lobe infecté une induration limitée sur laquelle pourra éventuellement se greffer un cancer.

On sait enfin, depuis Wölfler, que la strumite peut se trouver à la base de *troubles endocriniens*.

Tantôt la sclérose laisse une glande insuffisante à sa tâche, entraînant l'apparition du *myxœdème*, comme dans l'observation de Remlinger.

Tantôt, et le cas est plus fréquent, la dysthyroïdisation que Roger et Garnier ont notée dans la période aiguë persiste après la convalescence et amorce une *maladie de Basedow*. Coissard a rapporté dans sa thèse deux cas de goître exophtalmique ayant débuté dans la convalescence d'une strumite post-typhique. Nous apportons ici deux observations analogues et inédites dues à l'obligeance du Professeur Bérard (obs. X et XIX). Le Professeur Bérard rapporte, en outre (obs. XX), le cas très curieux d'une femme qui, ayant eu une strumite au cours de sa première grossesse, ne présenta pas de troubles endocriniens, mais accoucha d'un enfant atteint de myxœdème avec nanisme ; un deuxième enfant, né deux ans après le premier, présenta des signes moins nets d'hypothyroïdie et un troisième enfant, venu au monde trois ans après le premier, se montra normal.

Telles sont les principales complications des strumites. Après les avoir sommairement décrites, nous allons étudier plus longuement quelle est la méthode de traitement qui nous permettra de les éviter.

Traitement.

Au cours d'une strumite, tant qu'il n'existe pas de signes de suppuration, on peut s'en tenir au traitement médical. L'emploi des antithermiques et des toniques, l'application de compresses chaudes ou d'une vessie de glace sur le cou soulagent un peu le malade, mais ne modifient pas le cours de l'affection. Aussi, *dès qu'on soupçonne la suppuration, faut-il recourir à un traitement chirurgical aussi précoce et aussi radical que possible, qui seul peut amener la guérison définitive.*

Toutefois, on n'est pas arrivé d'emblée à cette notion. Une connaissance imparfaite de l'anatomie du corps thyroïde et de l'anatomie pathologique des strumites, la crainte de voir diffuser l'infection à une époque où l'asepsie était encore douteuse ont conduit pendant longtemps les chirurgiens à considérer la strumite uniquement comme un abcès banal qu'il suffisait d'inciser. Dans la suite, les opérateurs, mieux avertis et plus sûrs de leur asepsie, sont devenus graduellement plus audacieux et ont constaté que les

résultats s'amélioraient à mesure qu'ils devenaient plus hardis.

Au début, Duguet (*in* thèse de Rascal, Paris 1891), Kocher et Nicaise avaient préconisé la PONCTION EVACUATRICE au moyen d'un trocart et de l'aspirateur de Potain, *suivie ou non d'une injection modificatrice*. Ce procédé est aveugle et, en outre, il est complètement *insuffisant*, car le pus, souvent très épais, s'évacue mal par le trocart et se reforme indéfiniment. Les injections modificatrices sont très douloureuses, inefficaces et provoquent des adhérences qui rendent plus tard l'énucléation impossible. Actuellement, cette méthode ne présente donc plus qu'un intérêt historique.

Il n'en va pas de même de l'INCISION *large et précoce, avec drainage*, qui a été considérée pendant longtemps comme le *traitement de choix* des strumites et qui garde encore des indications. Sans s'attarder au traitement médical, *sans attendre la fluctuation*, on intervient dès que la fièvre oscillante, la rougeur et surtout un léger œdème préthyroïdien indiquent la présence du pus. On incise largement, plan par plan, au point le plus déclive de la tuméfaction, en donnant issue au pus et en explorant au doigt les parois de la loge suppurée pour la régulariser ; puis, un drain est mis en place et on pratique une contre-ouverture, si cela paraît nécessaire. Il ne reste plus, dans la suite, qu'à éviter la rétention et à laisser la plaie se cicatriser par la profondeur.

La faveur dont a joui ce traitement s'explique aisément : il est simple, rapide et met fin, dans un cer-

tain nombre de cas, aux signes de compression et d'infection qui constituent tout le danger des strumites. En un mot, ses résultats immédiats sont excellents, et même, lorsqu'il s'adresse à des adénomes kystiques jeunes à parois minces et assez vascularisées, il suffit à assurer la guérison définitive. Mieux que cela, la simple incision suivie de drainage a entraîné, dans certains cas, non seulement la guérison de la strumite, mais encore la disparition du goitre lui-même : Marc-Aurèle Séverin, Mauchart, Jean-Louis Petit, Veil, Starr en ont rapporté de curieuses observations.

Mais l'incision est généralement insuffisante.

Dans les strumites rétrosternales qu'il est impossible de drainer au point déclive, elle aboutit à la formation d'un *bas-fond purulent* qui entretient une fistule et menace le médiastin (Obs. XVI).

Après l'incision, le goitre persiste et il peut devenir ultérieurement le siège de nouvelles poussées inflammatoires ou de complications d'un autre ordre.

Si l'évacuation du pus amène la guérison définitive des goitres jeunes, à parois minces et bien vascularisées, il ne s'agit là que de cas exceptionnels : nous avons insisté au contraire sur le fait que la strumite frappait surtout de *vieux goitres à parois épaisses, fibreuses, quelquefois calcifiées et à vascularisation presque nulle*. Ces vieux kystes, peu vivaces, qui n'ont pas su se défendre contre l'infection, ne peuvent pas davantage faire les frais de la réparation. « Après l'incision, les portions centrales se mortifient peu à peu et sont expulsées à chaque pansement, la coque,

trop dure pour revenir sur elle-même. se cicatrise mal ou pas, des infections secondaires, de temps en temps, rallument la fièvre, augmentent la suppuration, retiennent sur l'état général, et le chirurgien est conduit tôt ou tard à pratiquer *l'ablation du goitre infecté*. » (Professeur Bérard.)

Mais, à quel moment faut-il extirper le goitre suppuré ? Faut-il intervenir *à chaud ou à froid* ?

Cette question a été controversée.

Pour le plus grand nombre, *l'incision large et le drainage* demeurèrent longtemps le traitement de choix : *s'il se montrait insuffisant*, on pratiquait alors *l'extirpation secondaire*. En 1902, M. Delcre, dans la thèse de Deleuil, conseillait, toutes les fois que la température persiste après l'incision simple, de réduire à quelques jours seulement le délai d'extirpation et de pratiquer ce qu'il appelait la « STRUMECTOMIE INTRAFEBRILE SECONDAIRE ». En 1907, MM. Delore et Chalié écrivaient : « Le plus souvent, c'est à l'incision simple et au drainage qu'il faudra d'abord recourir ; c'est seulement quelques jours après, quand on aura reconnu, par la persistance de la température et de la suppuration, l'inefficacité de la thérapeutique employée qu'on sera autorisé à pratiquer une strumectomie secondaire précoce intrafébrile. Des accidents ultérieurs peuvent motiver la strumectomie à froid, dans la période post-fébrile. » Ils convenaient toutefois que, « dans certains cas, on peut recourir d'emblée à l'extirpation de la poche ».

Cependant, l'INTERVENTION A CHAUD comptait depuis longtemps des partisans. En 1891, Kümmer la préco-

nisait déjà, affirmant que, « sans conseiller dans tous les cas l'extirpation totale du lobe infecté, l'extirpation, si possible sans ouverture du kyste, doit être considérée en principe comme le traitement idéal, car il supprime d'un coup le foyer de la maladie en mettant le malade à l'abri d'une récurrence et d'une suppuration très prolongée, ce qui est à craindre toutes les fois que le traitement n'a consisté qu'en une simple incision ».

Dans la suite, sous l'influence du Professeur Bérard, de MM. Jaboulay, Viannay, Delore, Chalier, Patel, *l'intervention à chaud gagna rapidement du terrain* aux dépens de l'incision simple, et, en 1909, MM. Bérard et Chalier écrivaient : « *Il est préférable, à moins que l'état du malade ne soit trop précaire, de traiter d'emblée ces suppurations des goîtres par la strumectomie, c'est-à-dire par l'énucléation intraglandulaire de la poche infectée.* »

Cette énucléation intraglandulaire de l'adénome suppuré se fait, comme pour un noyau non infecté, par le procédé de Socin : selon la formule de M. Viannay (*Loire Médicale*, 1911, p. 1), c'est une « STRUMECTOMIE A CHAUD PRIMITIVE ».

Après incision des plans superficiels, puis de la capsule thyroïdienne, on cherche le point fluctuant. Si l'adénome suppuré siège directement sous la capsule, on l'énuclée avec le doigt ; s'il est profond, il faut inciser le tissu thyroïdien jusqu'à ce qu'on arrive à la coque de l'abcès. Comme l'ont signalé MM. Bérard et Reverdin, tant qu'on a des doutes, c'est qu'on ne se trouve pas encore sur la tumeur ; une fois celle-ci

reconnue, on l'énuclée avec les doigts, en recherchant le plan de *clivage qui la sépare du tissu thyroïdien normal*.

Lorsqu'il y a plusieurs adénomes suppurés, on essaie de les énucléer successivement, selon la méthode de Socin (Obs. IV). Poncet avait recours en pareil cas à l'ENUCLEATION MASSIVE, c'est-à-dire à l'ablation en masse des parties malades, en se tenant autant que possible en dedans de la capsule.

Il est préférable, en principe, d'énucléer le noyau thyroïdien suppuré sans l'ouvrir. En fait, il ne faut pas hésiter à l'inciser, si la minceur de ses parois rend son ouverture fatale au cours des manœuvres d'énucléation. L'incision préalable est encore indiquée toutes les fois qu'elle peut faciliter l'extirpation de la poche ou lorsqu'il existe de graves signes de compression de la trachée. Comme il serait laborieux d'énucléer une poche ainsi dégonflée, on facilite la manœuvre en introduisant à son intérieur, soit une compresse (Professeur Bérard), soit deux doigts de la main gauche (M. Viannay).

Une fois l'énucléation et l'hémostase faites, il suffit de *drainer la cavité* et de terminer l'opération en suturant la peau presque sur toute l'étendue de l'incision.

D'après le Prof. Bérard, dans les strumites aiguës et septiques, il ne faut pas chercher à obturer par capiton la coque du goitre, de crainte de déclencher des accidents septicémiques ; dans les strumites subaiguës, par contre, on est autorisé à accoler les parois de la poche par une suture hémostatique, mais, même dans ce cas, il est prudent de drainer les plans superficiels.

Quant à la réunion *per primam*, elle ne doit être tentée que dans les strumites tièdes et peu septiques (Obs. VIII et XIII). Le drain est retiré au bout de quelques jours, en se basant sur la température et la suppuration et, ordinairement, la guérison est complète en quinze jours.

Ainsi réalisée, la strumectomie à chaud primitive peut soulever des objections : elle peut paraître difficile, choquante et on l'a accusée de favoriser l'hémorragie et de diffuser l'infection.

Les faits démontrent l'inanité de ces objections.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une strumite ancienne ou réchauffée et par conséquent compliquée d'adhérences, mais bien d'une strumite aiguë et franche, *l'énucléation n'est pas plus difficile que dans un goitre simple* (Obs. I, III, IV, V, VI, VII IX, X, XI). M. Vianay a même remarqué que le clivage du goitre suppuré est souvent facilité par la nappe de pus ou d'œdème qui baigne sa face externe.

Cette intervention *a peu de chances de disséminer l'infection* par l'ouverture des voies veineuses : elle s'accomplit, en général, *sans hémorragie notable*, et, en fait, les chirurgiens qui l'ont pratiquée n'ont jamais noté, après l'opération, la diffusion de l'infection ni une réaction fébrile exagérée.

Elle n'est ni aussi grave ni aussi choquante qu'on pourrait le supposer. Pratiquée d'urgence par M. Vianay et M. Delore, dans des strumites rétrosternales suffocantes, elle a été couronnée d'un plein succès (Obs. V et VIII). Enfin, elle a été, depuis plusieurs années, pratiquée de façon courante par les chirur-

giens lyonnais, en particulier par MM. Jaboulay, Bérard, Viannay, Delore, Châlier, Alamartine, Patel, et toujours à leur entière satisfaction.

LA STRUMECTOMIE A CHAUD PRIMITIVE OFFRE DES AVANTAGES CONSIDÉRABLES : elle est relativement simple et peu grave et, seule, elle assure la guérison définitive. ELLE CONSTITUE DONC LE TRAITEMENT DE CHOIX DES STRUMITES, TOUTES LES FOIS QUE L'ÉTAT GÉNÉRAL LE PERMET ET QUE SON EXÉCUTION NE RENCONTRE PAS DE TROP GROSSES DIFFICULTÉS.

En effet, quelle que soit l'excellence de la strumectomie à chaud primitive, *elle comporte cependant des contre-indications.*

En présence d'un malade à l'état général très mauvais (Obs. XII et XIV), cachectique ou très âgé, en présence de phénomènes phlegmonneux diffus, on doit se borner à l'incision et au drainage. Si, ultérieurement, l'état général se relève et que des accidents viennent démontrer l'insuffisance de cette thérapeutique, on sera autorisé à pratiquer une STRUMECTOMIE SECONDAIRE INTRAFÉBRILE OU POST-FÉBRILE (Obs. XIV).

Parfois, notamment dans les strumites réchauffées, l'état général autoriserait la strumectomie à chaud, mais les difficultés que présente le clivage (Obs. XVII et XVIII) obligent à renoncer à l'énucléation.

LA STRUMECTOMIE A FROID trouve son indication dans les *strumites insuffisamment traitées* à leur début et qui sont *restées fistuleuses* (Obs. XIII, XIV, XV) : en pareil cas, des *adhérences* inflammatoires anciennes fixent la tumeur, rendent son *clivage très laborieux*, sinon impossible, et motivent souvent le

choix d'une autre intervention (Obs. XVII et XVIII).

En effet, on peut obtenir aussi la guérison définitive des strumites par la THYROIDECTOMIE DU LOBE INFECTÉ.

En 1891, Kümmer préconisait déjà, comme traitement de choix, « l'extirpation totale du lobe malade » à chaud ; il fut suivi dans cette voie par quelques chirurgiens suisses, en particulier par Kocher et de Quervain, qui, sans être aussi catégoriques que Kümmer, pratiquent encore parfois la thyroïdectomie partielle dans des cas où la strumectomie serait possible. Ils font valoir que la thyroïdectomie du lobe infecté, débutant par la ligature des pédicules vasculaires et ne crevant pas la poche purulente, réduit au minimum les risques d'hémorragie et d'infection.

Tel n'est pas, nous l'avons déjà dit, l'avis de l'école lyonnaise qui, preuves en mains, établit que *la strumectomie n'entraîne ni hémorragie notable, ni infection* et qu'elle *ménage* au maximum *les récurrents*. Si on ajoute à cela qu'elle est beaucoup *plus rapide* et *moins choquante* que la thyroïdectomie, on conçoit qu'elle lui soit préférée toutes les fois que son exécution est possible.

Mais nous avons déjà vu que, parfois, surtout dans les strumites anciennes et fistulisées, l'énucléation de la tumeur est rendue impossible par la présence de *solides adhérences* (Obs. XVII et XVIII). L'opération de choix est alors la thyroïdectomie partielle qui peut elle-même présenter de grandes difficultés : dans une observation de M. Santy (Obs. XVIII), tout le paquet vasculo-nerveux était englobé dans du tissu fibreux

et le lobe infecté ne put être libéré qu'après une ligature de la jugulaire interne et une dissection pénible du pneumogastrique.

Lorsque la thyroïdectomie partielle présenterait des dangers, surtout en présence d'une strumite rétrosternale très adhérente aux organes du médiastin (Obs. XVI), M. Viannay conseille de s'en tenir à l'INCISION SUIVIE DE CURETTAGE DE LA POCHE. Cette intervention ne constitue toutefois qu'un *pis-aller*.

Nous avons envisagé jusqu'à présent les cas les plus courants, dans lesquels il suffit d'intervenir précocement ; mais il est des circonstances où l'apparition d'*accès de suffocation* impose l'intervention d'urgence.

Que faut-il faire en pareil cas ?

La TRACHEOTOMIE est *abandonnée* de longue date. Les *rappports* normaux sont profondément *modifiés* et par la présence du goitre et par la suppuration ; la trachée elle-même se révèle difficile à trouver, altérée, ramollie ; alors qu'il faut aller très vite, cette intervention s'avère difficile, *longue* et *choquante*. D'autre part, l'infiltration phlegmonneuse qui environne la trachée entraînerait à peu près fatalement une *bronchopneumonie* mortelle.

En présence d'une strumite suffocante, il est donc urgent de *libérer la trachée comprimée*. Ce résultat peut être obtenu par l'incision simple : il le sera beaucoup plus sûrement par la *strumectomie à chaud* (Obs. V et VII), qui doit être tentée lorsque l'état

général n'est pas trop grave, et qui, nous le répétons, constitue *le traitement de choix des strumites toutes les fois qu'elle est réalisable.*

Lorsque l'incision est insuffisante et que la strumectomie ou la thyroïdectomie partielle à chaud s'annoncent comme trop difficiles ou dangereuses, Jaboulay avait envisagé la possibilité de l'EXOTHYROPEXIE du lobe compresseur, sans avoir jamais eu d'ailleurs l'occasion de la réaliser. Actuellement, M. Viannay croit que certains cas exceptionnels pourraient motiver cette intervention ; par contre, tous les autres chirurgiens lyonnais la repoussent. MM. Bérard et Delore estiment qu'en présence d'une strumite suffocante un chirurgien se tire toujours d'affaire soit par l'incision simple, soit par une strumectomie ou par une excision partielle du lobe compresseur et que si, par impossible, ces divers traitements étaient inopérants ou irréalisables, il faudrait préférer à l'exothyropexie de larges INCISIONS LIBÉRATRICES CIRCUMTHYROIDIENNES, selon la méthode de Poncet.

Restent maintenant à envisager quelques points accessoires du traitement.

En premier lieu, la question de l'ANESTHÉSIE.

Lors d'une strumite, peut-être plus encore que pour un goitre simple, l'asphyxie constitue l'une des principales complications opératoires : c'est pourquoi il convient de réduire au minimum les risques d'anesthésie.

L'anesthésie locale obtenue par infiltration sous-cutanée de novocaïne ou par projection d'un jet de chlorure d'éthyle est *généralement peu efficace*, parce

qu'elle s'adresse à des téguments enflammés ; si précaire qu'elle soit, elle trouve son indication dans les strumites suffocantes (Obs. VII), et lorsque l'état général est gravement atteint (Obs. VIII).

Quant à l'*anesthésie régionale*, qui agit sur les nerfs à leur émergence même et par conséquent loin du foyer enflammé, elle semble constituer la *méthode de choix*. Sans danger, elle donne une anesthésie très satisfaisante (Obs. I et XVIII), mais elle exige une technique un peu longue et *minutieuse*, qui n'est *pas encore familière à tous les chirurgiens*.

Et c'est pourquoi on s'en tient encore souvent à l'*anesthésie générale* ; d'après MM. Delore et Chalier, « si elle est à rejeter et à remplacer par l'anesthésie locale ou régionale, chez les malades débilités et cachectiques ou dans les cas urgents compliqués de graves troubles respiratoires, elle peut être employée dans la grande majorité des cas ». Pour rester sans danger, cette *anesthésie* doit être *prudente, légère, superficielle et au besoin discontinue*. Lorsque la trachée est notablement comprimée, M. Viannay conseille de commencer par une anesthésie locale, d'inciser l'abcès et, la trachée ayant été ainsi libérée, il fait donner quelques bouffées de chlorure d'éthyle ou d'éther pendant l'énucléation de la poche.

Et ceci nous amène à parler du choix de l'anesthésique.

Nous ne voulons pas rééditer ici la vieille querelle entre les partisans de l'éther et du chloroforme. Rappelons seulement que les chirurgiens lyonnais sont restés fidèles à leur anesthésique habituel, l'*éther*, et

qu'ils n'ont eu qu'à s'en louer. Un grand nombre d'entre eux, toutefois, pour abrégér la période de début, ont recours à l'*anesthésie mixte* : ils commencent en donnant quelques bouffées de chlorure d'éthyle et continuent par une éthérisation prudente.

Le choix de l'INCISION peut varier suivant le siège de la tumeur, mais il y a intérêt, toutes les fois que c'est possible, à préférer l'*incision en cravate*, de Kocher, qui donne beaucoup de jour et ne laisse après elle qu'une cicatrice peu disgracieuse, souvent dissimulée dans les plis de la base du cou et facile à masquer ultérieurement sous un ruban ou un collier.

Toutefois, M. Viannay, qui opère habituellement les goitres non enflammés par l'incision en cravate, préfère, dans les strumites, l'incision verticale, tracée au point culminant de la tuméfaction, c'est-à-dire, suivant les cas, présterno-mastoïdienne ou verticale médiane. Il reproche à l'incision en cravate de donner, en cas de strumite, un jour insuffisant, parce que l'infiltration inflammatoire des plans superficiels diminue la souplesse des tissus et s'oppose au relèvement du lambeau cutané à base supérieure dessiné par l'incision en cravate ; il estime qu'on manœuvre plus aisément par une incision verticale.

Dans tous les cas, il y a lieu de prélever, au moyen d'une pipette, du pus de l'abcès en vue d'un *examen bactériologique*. Le frottis et la culture montrent quel a été l'agent causal de l'infection, hormis les cas où le pus reste stérile ; mais cette recherche peut avoir une conséquence thérapeutique. D'après le Professeur Bérard, dans les cas où une strumite s'avère très sep-

tique et où l'état général est gravement atteint, il peut y avoir intérêt à combattre le ou les agents microbiens responsables de l'infection par l'emploi d'un *sérum*, d'un *stock-vaccin* ou d'un *auto-vaccin* ; dans le cas de strumite gangréneuse, la sérothérapie antigangréneuse devrait toujours être tentée.

Il va de soi que, dans ces formes sévères, le traitement médical doit s'adjoindre au traitement chirurgical et qu'il faut *soutenir l'état général* par l'emploi de la digitaline, des toniques et des stimulants diffusibles.

Enfin, après examen de la pièce, il arrive fréquemment que l'on a des doutes sur la bénignité de la tumeur (Obs. XI) : il ne faut pas hésiter alors à prélever plusieurs fragments, en divers points du goitre, en vue d'un EXAMEN HISTOLOGIQUE et afin de dépister éventuellement une dégénérescence maligne.

Observations.

Strumectomie à chaud primitive.

(11 cas).

OBSERVATION I

(Professeur BÉRARD)

Goitre kystique suppuré. — Strumectomie à chaud.

C... Antonio, 31, Italien.

Entre pour un goitre datant de l'enfance et qui, depuis un mois, s'est mis à grossir et à devenir douloureux, avec douleurs irradiées à la nuque. En même temps est apparu un peu de fièvre.

Bon état général. Il existe une tumeur thyroïdienne volumineuse, indolente à la pression, prédominant sur le lobe droit, qui est de consistance inégale, assez dur et élastique. La peau est normale, mais garde le godet d'œdème.

Intervention (le 14-11-22) : Anesthésie régionale. Incision transverse basse qui traverse des tissus œdédiés dans lesquels sont englobées de nombreuses veines qui saignent ; nécessité d'une hémostase laborieuse de la paroi. On arrive ensuite sur le bloc de strumite qui présente une capsule épaisse sous laquelle on trouve assez facilement un plan de clivage pour énucléer le goitre kystique suppuré, mais on voit survenir de la profondeur une hémorragie artérielle provenant de la thyroïdienne inférieure gauche ouverte sous la

capsule et nécessitant pour finir la mise à demeure de deux pinces dans la coque qui continue de saigner. Ces pinces sont laissées avec deux mèches de tamponnement et les parties latérales sont suturées.

12-11-22 : Les pinces sont remplacées par des fils à ligature. La voix est enrouée ; le récurrent a dû être tirailé au cours des manœuvres.

25-2-23 : Le malade est revu ; il est complètement guéri.

OBSERVATION II

(Professeur VILLARD)

Goitre kystique suppuré. — Strumectomie à chaud

N... Berthe, 35 ans.

Depuis quelques années a un petit goitre qui ne la gênait pas. La semaine dernière, le goitre a augmenté brusquement de volume en quelques jours, entraînant de la dysphagie et des douleurs irradiées à l'oreille et à la tempe droites.

Il y a un mois et demi, a eu un petit anthrax au dos de la main droite.

A l'entrée, au niveau du cou, à droite de la ligne médiane et soulevant le S. C. M., on trouve une masse siégeant sur le bord droit de la trachée et solidaire du larynx, ligneuse, non adhérente à la peau, peu mobile latéralement et descendant jusqu'à la clavicule. Légère circulation complémentaire. Un peu de dysphagie, mais pas de dyspnée. Température à 39°.

Intervention (le 12-12-19) : Incision transversale curviligne sus-sternale. Œdème sous-cutané. Découverte du lobe thyroïdien droit, qui est fixé aux parties voisines par de la péristrumite. Clivage du noyau thyroïdien rendu laborieux en raison des lésions inflammatoires. Ouverture de la poche donnant issue à un liquide franchement purulent. Enucléation du noyau constitué par une coque périphérique à contenu mi-purulent mi-gélatineux. Drainage. Agrafes.

Le 29-12-19, guérison complète.

OBSERVATION III

(Docteur VIANNAY, in *Loire Médicale*, 1911, p. 5)

Goitre kystique suppuré. — Strumectomie à chaud.

Femme de 54 ans, ayant un petit goitre depuis l'âge de 30 ans.

En octobre 1910, elle prend la grippe, puis, brusquement, en l'espace d'une semaine, son goitre double de volume et devient le siège de phénomènes inflammatoires.

A l'entrée, teint terreux de septicémique, température à 38°. La région antéro-latérale gauche du cou est le siège d'une tuméfaction du volume d'un poing d'adulte, s'étendant jusqu'à la clavicule et soulevant le S. C. M. Impossibilité de tourner la tête. Dyspnée intense. La peau est rouge, œdémateuse et la pression réveille la douleur. Sensation de fluctuation avec tension considérable. Le diagnostic de strumite suppurée s'impose.

Intervention (le 29-11-10) : Incision verticale médiane. Après avoir traversé une couche de tissu thyroïdien infiltré, j'arrive sur une nappe de pus épais et phlegmoneux entourant un goitre kystique à poche épaisse et calcifiée, encapsulé et suppuré pour son propre compte : l'incision de cette coque donne issue en effet à un magma purulent épais. Enucléation de la poche facilitée en certains points par la nappe de pus ambiant qui en a déjà commencé le décollement, ailleurs au contraire rendue plus laborieuse par son adhérence intime avec le tissu thyroïdien.

Hémostase. Drains et mèches. Suture de la peau.

Soulagement et chute de la température immédiats.

Guérison complète en trois semaines.

OBSERVATION IV

(Docteur VIANNAY, in *Loire Médicale*, 1913, p. 338)

Goître kystique suppuré. — Strumectomie à chaud.

Femme de 51 ans. A la fin de juin 1913, elle a eu une broncho-pneumonie très grave ; dans le décours de cette affection, un goître que la malade portait depuis une quinzaine d'années, grossit, devint douloureux et provoqua une tuméfaction à allure phlegmoneuse soulevant le S. C. M. droit. Bientôt la peau s'œdématisa et rougit. Etat général un peu précaire.

Intervention (le 3-7-13) : Ethérisation prudente. Une incision présterno-mastoïdienne droite ouvre d'abord une collection purulente sous-aponévrotique qui communique par un pertuis visible avec la cavité d'un goître kystique suppuré. J'incisai et vidai ce goître, puis procédai à l'énucléation de sa poche qui se fit assez aisément.

En terminant, j'énucléai deux autres petits noyaux adénomateux non suppurés. Drainage. Pansement. Guérison.

OBSERVATION V

(Docteur DELORE)

Strumite rétrosternale suffocante. — Strumectomie à chaud.

B... Rosalie, 66 ans.

Entre pour des accès de suffocation.

Depuis très longtemps a un petit goître qui ne la gênait pas : depuis quatre semaines, ce goître est devenu gros, douloureux et entraîne une dyspnée croissante avec accès de suffocation.

Intervention d'urgence le 5-12-12 : Sans anesthésie ; on trouve une strumite développée aux dépens d'un goître rétrosternal. Enucléation intraglandulaire. On met une mèche et on laisse tout ouvert.

Le 23-12-12, la malade part guérie.

OBSERVATION VI

(Docteur DELORE)

Goitre kystique suppuré. — Strumectomie à chaud.

L... D., 6^e colonial, 25 ans.

Malade envoyé à l'ambulance pour grippe. A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf occupant le lobe gauche du corps thyroïde et présentant des caractères inflammatoires. On porte le diagnostic de strumite.

Intervention (le 10-1-15) : Incision en cravate. On trouve un kyste à contenu franchement purulent. Enucléation intraglandulaire suivie de suture avec drainage.

Guérison très rapide.

OBSERVATION VII

(Docteur VIANNAY, in *Loire Médicale*, 1923, p. 210)

Strumite rétrosternale suffocante. — Strumectomie à chaud.

Femme de 57 ans, portant depuis longtemps un goître bien toléré.

A la fin de décembre 1922, pneumonie grippale.

12-1-23 : La malade commence à respirer plus difficilement et son goître devient tendu et douloureux.

Dans la matinée du 15 janvier, la dyspnée augmente, des accès de suffocation apparaissent et, dans la soirée, la malade arrive à la clinique dans un état très grave : tirage intense, cornage, lèvres cyanosées, yeux injectés.

La base du cou est le siège d'un gonflement phlegmoneux diffus, sans rougeur de la peau : au centre de ce plastron se détache une bosselure médiane plus saillante. Température 38°. Pouls à 120. Disque d'albumine dans les urines. Etat général gravement touché.

Intervention d'urgence le 15-1-23 : Anesthésie locale. Longue cervicotomie médiane. La face antérieure de l'isthme du corps thyroïde est infiltrée et œdémateuse. Le pus paraît siéger dans la profondeur. Incision du tissu thyroïdien et recherche d'un plan de clivage à la périphérie du goitre. Celui-ci est volumineux, tendu : il a les dimensions d'un poing et plonge derrière le sternum, à droite de la ligne médiane. Au cours des manœuvres de clivage, la poche se rompt et laisse échapper du pus sous tension. Dès lors, l'énucléation devient plus facile. J'enlève le goitre qui est constitué par une poche à parois épaisses, contenant du pus et du tissu thyroïdien en voie de nécrose. Quelques ligatures. Tamponnement à la gaze de la cavité d'énucléation. Deux points de suture dans la partie supérieure de l'incision. Pansement.

Soulagement immédiat.

Le 4-2-23, la malade part, complètement guérie.

OBSERVATION VIII

(PATEL et SAUGUES, in *Lyon Médical*, 1920, p. 563)

Hématocèle thyroïdienne suppurée. — Strumectomie à chaud.

Jeune fille de 23 ans, ayant un petit goitre depuis plusieurs années.

A l'occasion d'une angine, cette malade vit apparaître une strumite de volume moyen, mais avec retentissement précoce sur l'état général et syndrome du sympathique cervical.

Sous un jet de chlorure d'éthyle, incision latérale curviligne. Enucléation, malgré des adhérences et un plan de clivage difficile à trouver, d'un noyau thyroïdien à contenu hémato-purulent. Suture hémostatique en bourse. Réunion per primam.

Guérison rapide.

OBSERVATION IX

(Docteur DELORE)

Goitre kystique suppuré. — Strumectomie à chaud.

C... Eugène, 5^e colonial, 20 ans.

Admis à l'ambulance avec le diagnostic de grippe. Température élevée. A l'examen, on constate de la dyspnée et l'existence d'une tuméfaction faisant corps avec la glande thyroïde et présentant des caractères inflammatoires. On porte le diagnostic de goitre kystique enflammé.

Intervention 26-12-14 : Incision en cravate. Les muscles sous-hyoïdiens adhèrent au corps thyroïde. On tombe sur un kyste médian du volume d'une petite mandarine contenant un liquide louche que l'on enlève par énucléation intraglandulaire.

Fermeture en trois plans. Drainage.

Guérison très rapide.

OBSERVATION X

(Professeur BÉRARD)

*Hématocèle thyroïdienne suppurée avec signes basedowiens.
— Strumectomie à chaud.*

Femme de 40 ans, ayant des antécédents nerveux, elle-même instable et agitée sans autre manifestation.

Goitre du lobe droit, probablement kystique, dont elle avait constaté l'accroissement de volume depuis deux ans, mais elle se souvenait qu'à l'occasion d'une de ses couches, huit ans auparavant, elle avait vu son cou augmenter de volume et avait présenté de la dysphagie. Pas d'autre trouble fonctionnel ou sécrétoire.

En 1918, grippe, augmentation de volume rapide du cou avec douleur profonde, enrouement et œdème. En même

temps s'exagèrent tous les signes de basedowisme fruste : tachycardie à 130, yeux brillants et saillants, tremblement.

Examinée par nous, elle est mise au repos avec glace sur le cou pendant huit jours. Au bout de ce temps, la température ne cédant pas, non plus que les douleurs et l'augmentation de volume du goitre, l'intervention est décidée.

Intervention : Aesthésie générale à l'éther. Le lobe droit est occupé par un volumineux goitre kystique qu'on essaye d'extirper en masse. Au cours de la décortication, la poche se crève : il s'en écoule du pus rougeâtre d'une hémato-cèle suppurée avec débris fibrineux et quelques concrétions calcifiées. La coque peut être extirpée.

Drainage. Suture. Guérison.

La malade, revue depuis, a conservé une bonne santé et repris de l'embonpoint, mais elle garde de l'exophtalmie et de l'instabilité nerveuse.

OBSERVATION XI

(Docteur ARNAUD)

Goitre malin plongeant et suppuré. — Strumectomie à chaud

M. Marie, 52 ans.

A 35 ans a vu apparaître un petit goitre peu gênant.

Depuis deux mois, ce goitre est devenu douloureux, puis, brusquement, en 2 jours, il a augmenté considérablement de volume, entraînant une dyspnée intense. A la suite de ces phénomènes, la malade éprouve soudain une sensation de déchirure dans le cou et présenta aussitôt une vomique.

A l'examen, tuméfaction lisse et rénitente, encerclant en demi-lune la base du cou, s'étendant très loin en arrière du côté droit, moins accusée à gauche. L'état général est précaire. Teint plombé. Température entre 38° et 39°.

Intervention le 10 mai 1923. — Anesthésie générale à l'éther. Très longue incision circonscrivant la tumeur. On trouve

facilement un plan de clivage et la tumeur est énucléée, non toutefois sans s'être rompue et avoir laissé échapper du pus et des débris sphacelés. Un des lobes de la tumeur plongeait derrière le sternum. Marsupialisation de la poche et drainage.

Dès le réveil, la malade manifeste un soulagement notable et respire librement.

L'examen de la pièce laissant quelques doutes sur la bénignité de la tumeur, on fait des prélèvements en vue d'un examen histologique.

Examen histologique (Docteur DEVUNS). *Epithélioma atypique du corps thyroïde* formant des masses pleines de cellules claires dont plusieurs contiennent de la substance colloïde refoulant en croissant le noyau et le protoplasma cellulaire, comme le fait la graisse dans une cellule adipeuse. En d'autres points, les masses cellulaires pleines, cloisonnées longitudinalement ou lobées circulairement par de minces cloisons conjonctivo-vasculaires ressemblent à du tissu parathyroïdien. Quelques points de la tumeur sont nécrosés, d'autres infectés.

Inclision simple (1 cas).

OBSERVATION XII

(Docteur VIANNAY)

Strumite puerpérale. — Incision simple.

Femme de 38 ans, entre à l'hôpital le 10 août 1910, pour une infection puerpérale grave consécutive à un accouchement qui a eu lieu le 2 août. On pratique un curettage et des abcès de fixation.

La malade reste longtemps dans un état grave, fait plusieurs localisations pyohémiques dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'un des abcès de fixation prend et suppure abondamment. Des escarres apparaissent à la région sacrée.

Au début d'octobre 1910 apparaît dans la région latérale gauche du cou, au niveau d'un ancien goître, une tuméfaction phlegmoneuse avec rougeur et œdème.

Intervention le 13 octobre 1910. — Une incision le long du bord antérieur du S. C. M. gauche me permet d'évacuer une collection purulente fusant dans le médiastin antérieur. En raison de la diffusion des phénomènes phlegmoneux, je n'enlève pas le goître et me borne à l'incision simple. Drains dans la cavité de l'abcès.

Le 13 novembre 1910, la malade quittait l'hôpital complètement guérie, sans avoir subi l'ablation de son goître.

Strumectomie secondaire (3 cas).

OBSERVATION XIII

(Docteur VIANNAY)

*Goître kystique suppuré (puerpéral). — Ouverture spontanée.
Strumectomie secondaire.*

Femme de 39 ans, ayant un goître depuis 15 ans ; à la suite de son dernier accouchement, il y a 1 an, elle eut une infection puerpérale compliquée d'une strumite qui s'ouvrit à la peau et donna lieu à une fistule persistante.

L'examinant 11 mois plus tard, je constatai à la face antérieure du cou un goître médian du volume d'une orange, dur à la palpation. Par une fistule médiane sortait un bourgeon charnu sous lequel se faisait un écoulement purulent continu.

Intervention le 10 janvier 1914. — Ablation du goître par une incision en cravate dédoublée au niveau de la fistule. Le plan de clivage est difficile à amorcer en avant, en raison des adhérences inflammatoires. Enucléation très laborieuse d'un goître parenchymateux contenant plusieurs cavités kystiques dont une centrale principale, dans laquelle conduit le

trajet fistuleux et qui est pleine d'un magma jaunâtre hémorragique. Les parois de cette poche sont épaisses et denses, mais non calcifiées. Suture de la peau sans drainage.

Le 12 janvier 1914, la température s'étant élevée à 40°, on fait sauter le point de suture médian et l'on évacue un hématome assez volumineux en voie d'infection.

Chute rapide de la température. Guérison.

OBSERVATION XIV

(JABOULAY et VIANNAY, in *Province Médicale*, 1900, p. 403)

Goître kystique suppuré. — Incision. — Strumectomie secondaire.

Femme de 51 ans. Goître très ancien, saillant surtout à gauche, qui commence à grossir de façon continue depuis 2 ans. Grippe grave en janvier 1900 : depuis cette époque, le goître devient plus gros, douloureux et entraîne une dyspnée croissante.

A l'entrée, état général précaire, amaigrissement. Tumeur massive, inflammatoire et fluctuante, occupant toute la région antérieure du cou.

1^{er} juin 1900. *Incision et drainage.* — Grand soulagement.

5 juin 1900. *Incision d'une deuxième collection purulente,* située sur la ligne médiane que l'on met en communication avec la première. Suppuration de 3 semaines.

5 juillet 1900. *Intervention* (M. Jaboulay). — L'énucléation des masses thyroïdiennes restantes étant impossible, on en enlève morceau par morceau la plus grande partie et on laisse tout ouvert.

Guérison au bout de 2 mois, mais la malade présentant de la dyspnée et de l'œdème pérिमalléolaire, est envoyée en médecine.

OBSERVATION XV

(Docteur VIANNAY)

*Goitre kystique suppuré. — Incision, puis strumectomie
secondaire à froid.*

Femme de 49 ans. A eu la grippe en mars 1913. A ce moment, un goitre datant de sa première grossesse devient le siège d'une strumite suppurée que le médecin traitant incise. Cette incision reste fistuleuse.

Huit mois plus tard, la fistule persiste. Elle s'ouvre sur la ligne médiane, alors que le goitre, dur, gros comme une orange, siège dans le lobe gauche du corps thyroïde.

Intervention (27 novembre 1913). — Je pratiquai à la base du cou une incision en cravate qui se dédouble au niveau de la fistule pour l'inciser. Je tombe sur des plans préthyroïdiens infiltrés et adhérents au goitre sous-jacent. Impossible de trouver une plan de clivage à ce niveau. Je me reporte alors plus à gauche, sous le S. C. M. et, après avoir introduit l'index dans la poche du goitre qui est dure et infiltrée de sels calcaires, j'énuclee sans trop de difficultés.

Hémostase. Drains. Suture.

Guérison.

Incision et curettage de la poche.

(1 cas).

OBSERVATION XVI

(Docteur VIANNAY, in *Loire Médicale*, 1909, p. 116)

*Suppuration d'un goitre rétrosternal calcifié. — Incision
et curettage de la poche.*

Homme de 30 ans. Il y a 7 ans a présenté une collection suppurée sus-manubrienne, d'origine indéterminée, qui fut traitée par l'incision. La cicatrisation se fit en 3 mois.

A la fin d'octobre 1908, des phénomènes inflammatoires réapparurent et un abcès s'ouvrit à la partie inférieure de la cicatrice.

Après 3 semaines de suppuration, le malade entre à l'hôpital. On constate au niveau du creux sus-sternal, un peu à gauche de la ligne médiane, un orifice fistuleux dans lequel un stylet s'engage profondément, en bas et en arrière, dans la direction de la colonne, à 6 centimètres de profondeur.

Intervention (26 novembre 1908). — Incision en L dont la branche transversale sectionne le chef sternal du S. C. M. gauche. Je suis alors le trajet fistuleux, en le disséquant prudemment. Il s'engage dans une masse de tissu calleux, franchit la ligne médiane, plonge derrière le sternum et se termine dans une petite poche, dont la paroi interne est tapissée d'un revêtement pour ainsi dire continu de sels calcaires. Cette poche, adhérente à la paroi antéro-latérale de la trachée, dépend manifestement d'un lobe aberrant du corps thyroïde.

L'extirpation de ce goitre intra-médiastinal paraît contre indiquée à cause de son adhérence à la trachée et aux autres organes du médiastin antérieur. Aussi me borné-je à pratiquer un curettage énergique de cette poche dont la paroi calcifiée, très adhérente, est extraite par lambeaux. Tamponnement très serré à la gaze. Pas de suture.

Disparition progressive des phénomènes douloureux et fébriles. Deux mois après, le malade quittait l'hôpital, à peu près complètement cicatrisé et ne conservant plus qu'une petite plaie sus-sternale, dont le suintement était insignifiant.

Thyroïdectomie partielle (2 cas).

OBSERVATION XVII

(Docteur VIANNAY, in *Loire Médicale*, 1911, p. 1)

*Goitre kystique suppuré. — Evacuation spontanée du pus. —
Thyroïdectomie partielle en période fébrile.*

Femme de 58 ans, ayant un goitre depuis l'âge de 25 ans. En septembre 1910, apparition d'une strumite suppurée qui

s'ouvre à la peau spontanément. La suppuration persiste, la malade garde de la température, maigrit beaucoup, se cachectise, et, deux mois plus tard, elle entre à l'hôpital.

A l'entrée, goitre pendant, gros comme deux poings, recouvert d'une peau infiltrée et œdémateuse. La palpation décèle une dureté uniforme qui fait penser à un goitre cancéreux. Cornage et raucité de la voix. Une suppuration abondante continue à se faire jour par deux orifices.

Intervention. — Ces deux orifices conduisent dans une vaste poche remplie d'un magma puriforme et malodorant. Il s'agit évidemment d'un vieux goitre suppuré. Le point culminant de la poche est presque sous-cutané et le clivage en paraît d'abord assez aisé. Aussi, je m'engage dans une énucléation : celle-ci rencontre de grandes difficultés au niveau du lobe gauche du corps thyroïde qui fait tellement corps avec la paroi de la poche kystique que je me trouve amené à pratiquer une véritable thyroïdectomie du lobe gauche.

Hémotase. Drains, mèches. Suture incomplète de la peau. Guérison.

OBSERVATION XVIII

(Docteur SANTY)

Strumite ancienne fistulisée. — Thyroïdectomie partielle à froid.

Mlle X..., 69 ans. A eu, il y a 6 ans, une strumite traitée par l'incision simple. Depuis cette époque, elle présente au centre de la cicatrice une fistule persistante, sous laquelle on sent une masse dure plaquée sur le côté droit de la trachée et la suivant dans ses mouvements.

Intervention (15 octobre 1920). — Anesthésie régionale. Après dissection des plans superficiels, on tombe sur une masse fibreuse dans laquelle s'enfonce la fistule et dont la libération est très malaisée. Le paquet vasculo-nerveux droit du cou paraît englobé dans le tissu fibreux et, pour le disséquer, on est amené à pratiquer la ligature de la jugulaire

interne. Le pneumogastrique est péniblement libéré. Finalement, toute la masse fibreuse peut être enlevée sans autre incident.

Suites opératoires très simples : à noter cependant une parésie de la corde vocale droite qui disparaît au bout de 3 semaines.

La malade est venue au bout de 6 mois : résultat excellent.

Strumites et Basedowisme.

(2 cas plus Observation X).

OBSERVATION XIX

(Professeur BÉRARD)

Femme de 33 ans, mariée. A eu un enfant 7 mois auparavant. Au cours de sa grossesse, hypertrophie thyroïdienne ayant persisté sous la forme d'un petit goitre médian peu gênant, mais nettement visible.

Deux mois avant d'entrer, elle prend la grippe. Dans le décours de cette grippe, poussée au niveau du goitre qui augmente de volume. La température s'élève à nouveau pendant une semaine, les douleurs thyroïdiennes sont plus prononcées et la malade présente tous les symptômes d'un basedonisme fruste : yeux saillants et brillants, poussées congestives de la face, sueurs, tremblement, tachycardie.

C'est pour ces raisons qu'elle se présente à l'examen. Pendant un mois, mise au repos avec applications froides sur le cou, administration de quinine et de salicylate de soude ; rétrocession des signes fonctionnels, sauf l'exophtalmie, la tachycardie, et une légère hyperthermie, avec maximum à 38°.

La malade est revue deux mois plus tard avec amélioration progressive, si bien que la malade abandonne tout traitement.

OBSERVATION XX

(Professeur BÉRARD)

Strumite de la grossesse. — Troubles endocriniens chez les enfants.

Femme de 30 ans, portant un petit goitre depuis plusieurs années.

Au cours de sa première grossesse, a eu une poussée de strumite non suppurée qui rétrocede sans que la malade présente par la suite des troubles fonctionnels gênants.

A la fin de sa grossesse, elle accouche d'un enfant qui fait du myxœdème avec nanisme. Un deuxième enfant, 2 ans après, présente des stigmates d'hypothyroïdie moins marqués que le précédent. Un troisième enfant, survenu 3 ans après le premier, est à peu près normal.

Conclusions.

I. — Depuis quinze ans, le traitement des strumites suppurées tend à devenir de plus en plus radical.

II. — Pendant longtemps, on s'est contenté de parer aux signes immédiats de compression et d'infection par l'incision simple, suivie de drainage.

III. — Après l'incision simple persiste, le plus souvent, une suppuration indéfinie de la coque, qui ne peut être tarie que par l'ablation secondaire du goitre.

IV. — Cette strumectomie secondaire peut se faire soit à froid, quelques semaines ou quelques mois après l'incision, soit dans la période fébrile, au bout de quelques jours seulement, si la lésion ne veut pas refroidir (strumectomie intra-fébrile secondaire de M. Delore).

V. — Actuellement, on tend de plus en plus à traiter dans le même temps opératoire le goitre et sa complication inflammatoire, en pratiquant une strumectomie à chaud primitive ou une thyroïdectomie partielle à chaud.

VI. — La thyroïdectomie à chaud, en faveur auprès des chirurgiens suisses, ne nous semble présenter que des indications relativement rares, car elle peut comporter des complications septiques.

VII. — En définitive, le traitement de choix des strumites suppurées nous paraît être la strumectomie à chaud primitive, car elle réalise le meilleur traitement palliatif des accidents d'infection et de compression, en même temps qu'elle guérit radicalement le goitre. C'est à elle qu'il faut toujours recourir, quand il n'existe pas de contre-indications formelles tirées soit d'un état général trop précaire, soit de difficultés locales trop grandes d'énucléation.

VIII. — Dans ce dernier cas, on ferait soit la thyroïdectomie du lobe infecté, soit, en cas d'impossibilité anatomique, de larges débridements du lobe malade. Quant à la trachéotomie, elle est à rejeter.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Mai 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- ALBRECHT. — Un cas de strumectomie. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Vienne*, 12 janvier 1907.
- BASSO. — Variétés étiologiques des thyroïdites. *Th. de Paris*, 1892.
- BÉRARD. — *Th. de Lyon*, 1896-1897.
— *In Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, 1908, Corps thyroïde, p. 65.
- BÉRARD et CHALIER. — Deux cas d'hématocèle thyroïdienne suppurée. *Lyon Méd.*, 31 mars 1909, p. 547.
- BÉRARD et DUNET. — Le cancer thyroïdien, *in Bibliothèque du cancer*, DOIN, 1924.
- BERTRAND. — Cancer aigu et cancer latent du corps thyroïde. *Th. de Lyon*, 1894.
- BOLTER. — 44 Beobachtungen von strumitis. *Inaug. dissert.*, Zurich, 1904.
- BROCA. — *In Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus. V^e vol., p. 585.
- BOURSIER. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. *Th. d'agrégation*.
- CHALIER. — De la strumectomie dans les strumites. *Lyon Méd.*, 1907, p. 719.
- CHARVOT. — Goitres sporadiques infectieux. *Revue de Chir.*, 1890.

- COISSARD.¹ — Infection éberthienne et glande thyroïde. *Th. de Lyon*, 1902.
- COLZI. — Contribution à l'étude de la thyroïdite suppurée post-typhique. *Lo Spérimentale*, 15 mai 1891.
- CRISPINO. — Le corps thyroïde dans les infections et les intoxications expérimentales. *Giornal del associat. napolit. dei medici naturali*, T. XX, 3.
- DELEUIL. — Thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. *Th. de Lyon*, 1902.
- DELORE. — De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1902.
- DELORE et CHALIER. — Goitre et strumite. *Revue de Chir.*, 1907, p. 487.
- DETRIEUX. — Considérations sur la thyroïdite. *Th. de Paris*, 1879.
- FONTANIER. — Thyroïdite suppurée grippale. *Th. de Paris*, 1910.
- GALTIER. — Variétés étiologiques des thyroïdites et des strumites. *Th. de Paris*, 1881.
- GARNIER. — La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. *Th. de Paris*, 1899.
- GARNIER. — Hématocèles thyroïdiennes suppurées. *Th. de Paris*, 1909-1910.
- HONSSSEL. — De la thyroïdite métapneumonique. *Beitrag zur Klin. chir.* Bd XX, 3, 1898.
- HUTWOHL. — Sur la strumite. *Inaug. dissert. Heidelberg*, 1903.
- JEANSELME. — Thyroïdites et strumites infectieuses. *Gaz. des Hôp.*, 2 février 1895, p. 135.
- JABOULAY et VIANNAY. — Un cas de strumectomie secondaire. *Prov. méd.*, 25 mars 1900, p. 403.
- KUMMER et TAVEL. — Deux cas de strumite. *Revue de Chir.*, 1891, p. 507.

- LEBERT. — Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung. Breslau, 1862.
- LENORMANT. — *Précis de patho. chir. des agrégés*, t. II, p. 816, Masson, 1920.
- MONOD. — De la thyroïdite ligneuse. *Th. de Paris*, 1923.
— De la thyroïdite ligneuse. *Journal de Chir.*, 1923, p. 1.
- PATEL et SAUGUES. — Un cas de strumite. *Lyon Méd.*, 7 juin 1920, p. 563.
- PINCHAUD. — Des thyroïdites dans la convalescence de la fièvre typhoïde. *Th. de Paris*, 1881.
- DE QUERVAIN. — *Le goitre*, Maloine, 1923.
- RASCOL. — *Th. de Paris*, 1891.
- REMLINGER. — Un cas de myxœdème, complic. de strumite. *Arch. de Méd. et de Pharm. milit.*, 1899.
- ROELLINGER. — *Th. de Paris*, 1877.
- STAR. — *Philad. Méd. Times*, 1878.
- TAVEL. — *Über die aetiologie der strumitis*, Bâle, 1892.
- TORRI. — La tiroïde ei morbi infentivi. *Policlinico*, 1900, p. 145-280.
- TROCHÉ. — Des hématoécèles thyroïdiennes. *Th. de Lyon*, 1905.
- VIANNAY. — *Loire Médicale*, 1909, p. 116 ; 1911, p. 1 et 5 ; 1913, p. 338 ; 1923, p. 210.
— Traitement des strumites. *Lyon Chir.*, 1923, p. 820.
- WOLFLER. — Über die Entwicklung und Bau des Kropfes, 1883.
-

Table des Matières

Introduction.....	7
Rappel anatomo-pathologique.....	11
Rappel clinique.....	15
Strumites aiguës.....	16
Strumites subaiguës.....	18
Strumites gangréneuses.....	20
Complications.....	21
Traitement.....	23
Observations.....	37
Conclusions.....	53
Bibliographie.....	55
